

DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA.- **Prof. Dr. Alejandro Cuneo.**

Clínica de Traumatología y Ortopedia Pediátrica.
Prof. Dr. Alejandro Cuneo.
Facultad de Medicina. UdelaR

DEFINICION: Incluye un grupo de afecciones que comprometen la articulación coxofemoral, en donde la menor expresión es la displasia cotiloidea, y la máxima expresión es la luxación de la cadera, en donde hay una pérdida de las relaciones articulares de la articulación coxofemoral.

CLASIFICACIÓN:

- 1-Displasia cotiloidea: La cabeza femoral esta dentro del cotilo, pero este ha perdido la horizontalidad del techo, se encuentra oblicuo, poco profundo.
- 2-Cadera luxable: Toda la cabeza femoral se sale de la cavidad cotiloidea, al ser manipulada, pero en reposo permanece en su posición normal
- 3-Subluxación: Cuando la cabeza femoral esta en parte cubierta por el cotilo y en parte descubierta
- 4-Luxación: La cabeza femoral ha perdido totalmente su relación con la cavidad cotiloidea, esta fuera de ella.

EPIDEMIOLOGÍA:

La incidencia es en nuestro medio de 5/1000 nacidos. El 10-20% tiene antecedentes familiares. El lado izquierdo se afecta en el 60%, el lado derecho en el 20% de los casos y es bilateral en un 20% de las veces.

ETIOLOGÍA:

La causa es multifactorial, asociándose a factores endocrinos, genéticos, fuerzas mecánicas anómalas in útero, hiperlaxitud ligamentaria. Se asocia con metatarso aducto, pie bot, escoliosis, y estrabismo.

FACTORES DE RIESGO:

Los factores de riesgo en la displasia del desarrollo de la cadera son:

- Sexo femenino
- Antecedentes familiares de primer grado positivos;
- Raza blanca;
- Primer hijo;
- Embarazo gemelar;
- Presentación podálica en parto o en la cesárea;

CLINICA:

Los signos clínicos los dividimos en precoces y tardíos de acuerdo a su aparición.

Signos precoces:

Signo de Ortolani: Único signo patognomónico de luxación congénita de cadera. Se busca con el recién nacido desnudo en decúbito dorsal. Se toman ambos miembros inferiores, colocando el pulgar sobre la cara interna de muslo y los últimos

cuatro dedos sobre la cara externa de muslo. Se colocan en flexión de 90 grados caderas y rodillas y se realiza un movimiento empujando la cabeza del fémur hacia su lecho en el cotilo, y cuando es patológico, se nota un resalto que traduce la entrada de la cabeza femoral dentro del cotilo, saltando sobre el rodete cotiloideo. Es el resalto de entrada. Este signo es positivo en la cadera luxada en el lactante pequeño, 6 a 8 semanas.

Signo de Barlow: el lactante tiene espontáneamente la cadera en su lugar, pero si llevamos la cadera en abducción y la empujamos hacia atrás, podemos provocar un resalto de salida, este signo traduce una cadera luxable. Espontáneamente el 60% se corrige en la primera semana y el 85% se corrige al segundo mes de vida, un 15% se convierte en una cadera patológica.

Limitación de la abducción: Normalmente las caderas de los lactantes tienen una abducción de 90°. Cuando hay una cadera displásica puede haber una limitación.

Signos tardíos:

Acortamientos de miembros: Signo de Galeazzi: Con el paciente en decúbito dorsal con ambas rodillas juntas y flexionadas a 90°, si existe una luxación de cadera esta se manifiesta con el miembro afectado más corto que el contrario (se observa diferencia de altura de ambas rodillas).

Asimetría de los pliegues inguinoperineales del muslo: se observa con el paciente en decúbito dorsal con las piernas en posición de rana, asimetría de pliegues glúteos.

Cojera en la marcha: Comienza a caminar con una cojera indolora, inclinación de la pelvis hacia el lado opuesto y una desviación lateral de la columna hacia la cadera afectada. Cuando es bilateral hay lordosis visible, pelvis amplia, glúteos aplanados y "marcha de pato".

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de la displasia del desarrollo de la cadera se realiza clínica y ecográficamente.

De 0 a 4 MESES: ECOGRAFÍA DE CADERAS, se sugiere a las 8 semanas, porque en el primer mes de vida las posibilidades de caderas inmaduras que dan imagen de posible displasia de cadera es muy alta.

No estaría indicado solicitar radiografías porque en este periodo la pelvis es cartilaginosa, la cabeza femoral esta sin osificar y su relación con el acetábulo es difícil de precisar.

Mayores de 4 meses: RADIOGRAFIA DE CADERAS.



Fig.1- Se aprecia la cadera izquierda luxada, en donde ha perdido las relaciones articulares y presenta una gran oblicuidad del cotilo con una cabeza femoral más pequeña a izquierda.

TRATAMIENTO:

Lactantes menores de 6 meses: utilización de férulas de flexo-abducción (arnés de Pavlik o similar) durante las 24 horas del día. El arnés de Pavlik es un arnés que actúa dinámicamente de manera que puede ser utilizado hasta los 6 meses momento en el que el lactante comienza a sentarse y ahí debemos pasar a una férula en abducción, y continuar con seguimiento clínico radiológico a los efectos de valorar el buen centrado de la cadera y la corrección del cotilo que se va a ir horizontal izándose si la evolución es favorable.



Fig. 2- El arnés de Pavlik, que se introdujo en nuestro medio en 1980.



Lactantes mayores de 6 meses, con cadera luxada debe realizarse una reducción bajo anestesia general y confeccionar un aparato enyesado en posición humana, el cual usara durante 2 meses y a los dos meses se retira y se coloca una férula en abducción.

Desde los 18 meses en adelante el tratamiento es quirúrgico.